FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1909

para ser defendida por

José Uchôa de Campos

Natural deste Estado

Pharmaceutico diplomado por esta Faculdade

Interno do Hospital Santa Isabel

Filho legitimo do Dr. José de Oliveira Campos e de D. Isabe

Uchôa de Campos

Afim de obter o gráo

DE

Doutor em Medicina

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

Da Estethoscopia Obstetrica

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de Sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA
IMPRENSA ECONOMICA
16 — Rua Nova das Princezas — 16

1909

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — *Dr. Augusto C. Vianna*
VICE-DIRECTOR.— *Dr. Manoel José de Araujo*
SECRETARIO.-- *Dr. Menandro dos Reis Meirelles*
SUB-SECRETARIO.-- *Dr. Matheus Vaz de Oliveira*

LENTES CATHEDRATICOS

Os Illms. Srs. Drs.	*Materias que leccionam*
1.ª SECÇÃO	
J. Carneiro de Campos..........	Anatomia descriptiva
Carlos Freitas.................	Anatomia medico-cirurgica
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira.........	Histologia
Augusto C. Vianna.............	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello.......	Anatomia e Phisiolog. pathologicas
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo..........	Physiologia
José E. Freire de Carvalho Filho.	Therapeutica
4.ª SECÇÃO	
Luiz Anselmo da Fonseca.......	Hygiene
Josino Correia Cotias............	Medicina legal e toxicologia
5.ª SECÇÃO	
Antonino Baptista dos Anjos..	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes........	Clinica cirurgica 1ª cadeira
Braz Hermenegildo do Amaral....	» » 2ª »
6.ª SECÇÃO	
Aurelio R. Vianna.............	Pathologia medica
João A. Garcez Froes...........	Clinica propedeutica
Anisio Circundes de Carvalho.....	Clinica medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira........	» » 2.ª »
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Dorea...	Historia natural medica
A. Victorio de Araujo Falcão....	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular
José Olympio de Azevedo........	Chimica medica
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos.............	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira.....	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello......	Clinica pediatrica
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira.	Clinica ophtalmologica
11.ª SECÇÃO	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Cl. dermatologica e syphiligraphica
12.ª SECÇÃO	
L. Pinto de Carvalho.............	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira.....	em disponibilidade
Sebastião Cardoso...............	em disponibilidade

LENTES SUBSTITUTOS. — *Os Snrs. Drs.*

1.ª SECÇÃO. J. A. de Carvalho	7.ª SECÇÃO José J. de Calasans e Pedro da L. Carrascosa
2.ª » Gonçalo M. S. de Aragão	8.ª » José Adeodato de Souza
« » Julio Sergio Palma	9.ª » Alfredo F. de Magalhães
3.ª » Pedro Luiz Celestino	10.ª » Clodoaldo de Andrade
4.ª » Oscar Freire de Carvalho	11.ª » Albino A. da Silva Leitão
5.ª » Caio Octavio F. de Moura	12.ª » Mario de C. da Silva Leal
6.ª »	

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seos auctores.

Antes do Assumpto

Chegamos ao termo do nosso tirocinio, após continuas lucubrações e afanosos estudos, sendo enfim por exigencia legal, levados a ser auctor, afim de alcançarmos o nosso *desideratum*.

Guiados pelas lições dos Mestres, eis-nos como a Lei determina, apresentando este libreto, nosso primeiro trabalho, pelo que se torna digno da indulgencia dos seus juizes.

E' elle dividido em dois capitulos: no primeiro tratamos da *synthese historica* e *dos preceitos da auscultação obstetrica*, no segundo dissertamos sobre a *semeiologia dos ruidos*. E ao conjuncto destes demos o titulo de *Estethoscopia obstetrica*.

✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦✦

CAPITULO I

Synthese Historica

PAIROU na mente de Mayor, em 1818, a feliz idéa de auscultar, atravez do ventre, os ruidos produzidos na cavidade uterina pelos movimentos activos do feto, ouvindo então os batimentos cardiacos deste.

Posto que, o notavel Cirurgião de Genebra houvesse praticado a auscultação obstetrica, antes de obreiros outros da sciencia, não foi comtudo elle quem levou para o dominio desta, semelhante phenomeno, visto como outros o reconheceram e divulgaram posteriormente pelo mundo scientifico.

Assim é, que Lejumeau de Kergaradec, sem conhecer a descoberta de Mayor, pensando no ruido que poderia produzir o liquido amniotico agitado pelos movimentos activos do feto, auscultou uma mulher gravida, já em termo, percebendo os movimentos do coração do feto e um ruido que denominou *batimentos simples* ou *ruido placentario.*

Surgiu então a auróra da auscultação obstetrica, com a biographia de tão notavel investigador apresentada em 26 de Dezembro de 1821, á Academia de Medicina de Paris. Essa monographia salientou o grande valor da auscultação obstetrica, despertou attenção dos scientistas e foi divulgada por uma pleiade de homens illustres, que estudou tão valioso meio de exploração clinica, notando-se entre elles, Depaul, Verardini, Glenard e Kehrer.

Semelhante éra constitue o marco primordial da evolução da auscultação obstetrica através dos seculos, enriquecendo a Obstetricia ainda mais, com esse processo elucidativo de factos obumbrados pela incerteza, que deixa em evidencia o progresso da sciencia e fornece ao parteiro, meios de chegar á diagnose pela mera auscultação.

Da auscultação e seus preceitos

A auscultação obstetrica é um modo simples e innocuo de exploração clinica, que tem por fim, por si só, ou ao lado de processos outros, fornecer elementos á diagnose, deduzidos dos ruidos da gravidez.

Em verdade, ella é util, simples e innocua, mas carecedora de uma bôa pratica, para que assim o seja.

M. Carrier, pratico na auscultação dos orgãos thoraxicos, não occultou « que por vezes abandonou as suas primeiras pesquizas de auscultação obstetrica, por não ouvir os ruidos que procurava».

Hohl usou destes termos: « Para praticar-se com successo a auscultação obstetrica, é preciso bastante tempo de aprendizagem e ensaios multiplos.»

Esta precisa pratica, ainda que deparando-se com a relutancia da parturiente em submetter-se aos exames, devido a sua necedade ou pundonor, adquire-se na enfermaria.

A auscultação pode ser feita com a applicação directa do ouvido ao abdomen. E' o que se denomina *auscultação immediata*. Ou com applicação indirecta, por meio do estethoscopio, o que *constitue* a *auscultação mediata*.

Esses dois meios de exploração têm vantagens e desvantagens.

Como avulta deste estudo aquelle processo alem de participar de todos os inconvenientes deste, encerra muitos outros, que lhe são inherentes.

A auscultação mediata não só compartilha de todas as vantagens da immediata, como encerra muitas outras, de grande auxilio para o parteiro.

Pela auscultação immediata todos os phenomenos sonoros são transmittidos com muita intensidade; mas pela auscultação mediata, são percebidos com sufficiente intensidade para chegarmos ao diagnostico.

A auscultação immediata é impossivel nos primeiros mezes de gravidez, quando o utero apenas tem passado o estreito superior, ou mesmo quando em uma altura mais consideravel, o feto está separado das paredes abdominaes por espessa camada de liquido amniotico ou por alças intestinaes.

Pela auscultação mediata, isto é, com o estethoscopio, a maior parte das vezes podemos:

a) como disse Depaul, «procurar o globo uterino na cavidade pelviana»

b) sem grande esforço afastar a camada de liquido amniotico de intermeio ao feto e ao utero

c) evitar os ruidos de attrito das vestes e pellos, consequentes da applicação directa do ouvido ao abdomen

d) perceber os ruidos da prenhez com mais nitidez e por conseguinte, melhor os distinguir, mais facil e precisamente julgarmos de seus limites, intensidade e timbre.

e) com mais exactidão determinarmos a localisação destes ruidos.

Quando não sejamos levados a attender as circunstancias de natureza moral, como o sentimento exagerado de pundonor de certas senhoras; a conveniencia ou observancia da hygiene profissional, nos conduz a preferenciá do estehoscopio, mormente se temos de auscultar pontos limitrophes com as regiões inguinaes e mui especialmente para o exame em mulheres de molestias que nos inspiram aversão, por sua natureza contaminante ou asquerosa.

Para obtermos essas grandes vantagens da auscultação mediata é mister não olvidarmos preceitos concernentes ao *instrumento* que usamos, á *mulher* e a *nós mesmos*.

O estethoscopio é o elemento fundamental deste meio de exploração. Esse producto da imaginação genial de Laennec, com o decorrer do tempo, tem sido grandemente aperfeiçoado para de modo sufficiente corresponder ás leis da acustica, ou congruentemente amoldar-se aos diversos designios que lhe tem determinado o evoluir da sciencia.

Este instrumento, para uso na clinica obstetrica,

geralmente é rigido, de madeira, apresenta um canal passando pelo centro de seu corpo, communicando mutuamente as suas duas extremidades differentes e de funcção diversa.

Dos 16 centimetros de extensão do seu todo, nove são do corpo, sete da extremidade afunilada, a qual apresenta 5 centimetros de diametro na circumferencia de sua base.

Esta parte conica que denominamos *infundibulo* é destinada a ser adaptada ao ventre e apanhar os ruidos da gravidez.

A outra, a receptora do pavilhão do ouvido, a *concha auricular*, como a designamos, é um disco liso, de 6 centimetros de diametro e 1 de espessura.

Para tornar o estethoscopio mais portatil, pode facilmente ser apartada ou adaptada ao seu corpo.

Quanto a *parturiente* é na borda de um leito, de sufficiente altura que deve manter-se, em decubito dorsal, no sentido horisontal, com as paredes abdominaes a descoberto, desde o pubis até a região epigastrica, a cabeça em pequena flexão, os braços estendidos ao longo do corpo, os membros inferiores pouco afastados, estendidos ou em mediocre flexão se ha tensão anormal das paredes abdominaes.

A posição genu-brachial ou de supplica mahometana foi aconselhada por Depaul, porem excepcionalmente, afim de fazer cessar ou diminuir consideravelmente a compressão do utero gravido sobre os vasos collocados na visinhança do estreito superior.

Para isso, a mulher fica de joelhos no leito ou na mesa, de maneira que as coxas façam um angulo mais ou menos recto com o eixo do corpo, apoian-

do-se nos cotovellos, a parte antero-superior do thorax quasi em contacto com o plano superior da mesa ou leito.

Esta posição é incommoda, fatigante e as examinandas julgam-n'a indecente.

A posição em decubito lateral é utilisada para a exploração lateral e de quasi toda porção posterior do globo uterino.

A mulher deita-se de um dos lados com a cabeça repousada sobre o braço flexionado e sobre-posto á mesa e as nadegas approximadas da borda daquelle movel, emquanto que as côxas fazem um angulo recto com o eixo do tronco.

O *estethoscopio* applicamos perpendicularmente ao plano do estreito superior, mantemos unicamente com a cabeça, fazendo-lhe pressão sufficiente para conservar-se hermeticamente adaptado á epiderme e formar um todo constituido pelas partes superpostas desde o ouvido até o feto, condição indispensavel para percebermos os ruidos fetaes.

A mão que collocou o estethoscopio, applicamos *previamente aquecida*, á parte lateral do utero recalcado, afim de fazer-lhe a devida contra-pressão. Com os dedos da outra mão, comprimimos a arteria radial de encontro ao seu plano osseo, para ajuizarmos do seu isochronismo com os ruidos percebidos.

Devemos ficar sempre do mesmo lado da região á explorar; se o leito é baixo, com um joelho dobrado sobre o sólo, em caso contrario, de pé e ligeiramente encurvados.

O apalpar quasi sempre precede á auscultação e em geral indica a procura do foco na porção

esquerda e anterior do abdomen, em consequencia da frequente posição esquerda anterior do féto.

Afim de descrevermos o que *nós mesmos* devemos fazer e para melhor comprehensão, façamos uma summula do que dissemos figurando um caso como este que amiudadamente encontramos.

A mulher estando em decubito dorsal, como dissemos, num leito alto, o mais conveniente e mais difficil de encontrarmos nas casas particulares, nos collocamos á esquerda, de pé e ligeiramente encurvados.

Applicamos do lado esquerdo o estethoscopio, evitando qualquer solução de continuidade, limitamos o fundo do utero com o braço direito em semiflexão, afim de ampararmos com a mão espalmada sobre o flanco direito o orgão recalcado pelo estethoscopio e por fim exploramos com a outra mão o pulso do antebraço esquerdo.

Para ajuizarmos dos batimentos da arteria radial, é mister com a polpa dos dedos index, medio e annular, comprimirmos esta arteria de encontro ao radio, sobre o qual fazemos ponto de apoio com o pollegar.

A parte mais superficial desta arteria sobre um plano resistente é acima da articulação do punho, entre os tendões do grande palmar e do longo supinador, pelo que, fazemos nesta parte a exploração das pulsações arteriaes.

Dest'arte, podemos prolongar a pesquiza sem nos fatigar nem a parturiente.

*
* *

Vejamos o que se hà de fazer, afim de vencer obstaculos insuperaveis a quem de antemão não os conhece.

Deparando-se-nos com hydranios, derramamento peritonial, expessura mais consideravel das paredes abdominaes determinada pelo accumulo de tecido adiposo e algumas vezes excesso de epiderme nas multiparas emaciadas depois de muito gordas, é preciso observarmos rigorosamente a perpendicularidade do estethoscopio e determinarmos-lhe uma pressão mais forte, porém não por demasiado, como fazem alguns principiantes que olvidados destes preliminares, não encontrando os ruidos que pesquizam, recalcam exageradamente o orgão da gestação, tornando inutil, doloroso e insupportavel este meio de exploração tão inoffensivel quanto util.

Occasiões ha, em que materias fecaes e gazes, circulando no tubo intestinal produzem um ruido forte, por vezes encobrindo os procurados. Neste caso nada mais precisamos, que suster por poucos minutos a escuta, conservando o instrumento no mesmo ponto se já haviamos atinado com o fóco de auscultação.

E' conveniente, antecipadamente, a mulher ter evacuado o conteúdo do reservatorio urinario e do recto, porque facilita a depressão das paredes abdominaes e é de effeito benefico para o trabalho do parto.

Jamais devemos usar do estethoscopio éstando o utero contrahido. E' necessario só auscultarmos opportunamente.

Em geral no evolver da gravidez, de quando em vez, o utero se contrae de modo indolor.

Não raras vezes, essas contracções augmentam em consequencia dos movimentos activos do féto e das manipulações, exaltando-se sobretudo dolorosamente durante o trabalho do parto.

Esse orgão em estado de contractilidade nos inhibe deprimir as suas paredes, obstando desta sorte, a formação do todo constituido pelas partes superpostas do ouvido ao féto, interceptando, portanto, os ruidos deste.

Devemos aguardar, para auscultar, os intervallos que ha entre as contracções ou *pouco depois* da dor extinguir-se, *visto como a contracção começa antes da dor e a dor finda-se antes da contracção.*

CAPITULO II

Da semeiologia dos ruidos

Ao auscultar o ventre gravido percebemos ruidos multiplos e diversos.

Segundo a sua origem, dividem-se em ruidos *fetaes* e *maternos;* e quanto ao seu valor semeiologico, em signaes de *certeza* e de *probabilidade.*

Estes phenomenos physicos e locaes, os que são manifestações vitaes do producto da concepção, constituem os signaes de certeza.

O esquadrinhar dos ruidos maternos, correlatos com a gravidez ou inteiramente inconnexos com este estado physiologico do ser materno, resalta o sopro uterino, signal de probabilidade, unico merecedor de destaque.

Todos elles, fetaes e maternos, têm qualidades communs e particulares, sufficientemente conhecidas, de sorte que, são perfeitamente caracterisados.

Em geral, consecutivamente ao fim do terceiro mez, elles são percebidos; porém é possivel ausentarem-se durante toda a gestação.

Colligidos segundo a sua origem os qne se seguem são os principaes divididos em dous grupos:

Ruidos maternos
- Sopro / batimentos — dos grossos vasos
- borborygmos
- batimentos cardiacos
- sopro uterino

Ruidos fetaes
- batimentos do coração
- choque fetal
- sopro
  - cardiaco
  - funicular

Além destes ruidos fetaes, existem outros. Opportunamente faremos referencias a elles.

Todos os ruidos fetaes são de real valor, pois, em falta de outro valimento, quando reconhecidos sem dubiedade, evidenciam a gravidez.

Posto que em differentes sédes, não sujeitos á mesma circulação, dissemelhantes em seus principaes caracteres, os sopros fetal e materno estão subordinados á mesma lei.

A manifestação desses ruidos é consequencia da passagem do sangue, no vaso, de uma parte estreitada para outra dilatada.

E' preciso, ainda, para que isso aconteça, que a differença do diametro da parte estreitada para o da parte dilatada, seja bastante pronunciada e que a

velocidade e força da corrente sanguinea sejam sufficientes.

E' o que Marey ao abordar este assumpto com indubitavel competencia assim legislou. «Um ruido de sopro produz-se todas as vezes que o sangue passa de uma pressão forte para uma pressão fraca.» E é o que acontece na formação dos sopros intra-cardiacos e funicular, dependentes da circulação fetal e do sopro uterino subordinado á circulação materna.

Sopro funicular.— Após o alvorear da descoberta da auscultação obstetrica, muitos dos que proseguiram no afan glorioso das pesquizas desse meio de exploração clinica, deixaram nomes aureolados, gravados em caracteres indeleveis nos annaes da historia desta parte das sciencias medicas.

M. S. Kennedy assim fez, interpretando um ruido de sopro isochrono aos batimentos do coração fetal, quando, em 1830, ouviu pela vez primeira e o denominou som umbilical devido a sua origem, que attribuiu á compressão ou estreitamento das arterias umbilicaes; o que verificou em mulheres de paredes abdominal e uterina adelgaçadas, produzindo esse sopro quando comprimia o cordão entre os dedos.

Este ruido ulteriormente denominado *sopro umbilical*, *sopro funicular* mui variavel de timbre e intensidade, póde desapparecer para voltar em poucos minutos, ou depois de horas.

Um dos seus principaes caracteres é isolar-se facilmente do verdadeiro fóco dos batimentos cardiofetaes.

Segundo Pinard, este sopro era devido á diminuição de calibre dos vasos umbilicaes produzida por algumas dobras semilunares ou diaphragmaticas, assignaladas por Hyrth e Berger no interior destes vasos.

Estas, desenvolvendo-se consideravelmente, podiam obliterar parcialmente o canal do vaso e produzir um ruido de sopro independentemente de compressão do cordão. Assim o sopro seria simples quando a interrupção da corrente sanguinea fosse feita na veia ou na arteria, e duplo quando nestes dois vasos umbilicaes.

O ruido de sopro proveniente da hyperthrophia destas dobras seria então permanente, distinguindo-se desta maneira, dos ruidos fugazes produzidos pela compressão momentanea do cordão.

Outra, que não esta, é a opinião de Depaul, Devilliers e Charrier que attribuem este sopro ao entortilhamento do cordão em torno do pescoço do feto e á compressão dos vasos umbilicaes.

Ora, se por vezes as circulares determinam compressão funicular, é justo inquerirmos do valor semiologico deste symptoma; porque se por um lado, na occasião do parto, reconhecem-se circulares, preexistindo á escuta um sopro, por outro lado, tal phenomeno é audivel sem que se verifiquem circulares.

Depaul, tratando com proficiencia do assumpto, disse: «Em mais de vinte mulheres, nas quaes nada se notára, durante a prenhez, que tivesse analogia com o ruido de que tratamos, verifiquei, no momento da expulsão do féto uma, duas, e, ás vezes, tres circulares envolvendo o pescoço.»

«Nos casos raros em que o ruido de sopro fetal não era audivel, ainda que o cordão circundasse o pescoço, M. A. P. Nœgele observou que as arterias se não enrolavam sobre as veias umbilicaes e indagou por essa occasião se esse enrolamento necessario se tornava á producção de tal phenomeno.»

Além disso, se para manifestação do sopro requer-se compressão, ha outras disposições, independentes das circulares, que a determinam.

Depaul notou este sopro em nove fetos: cinco nasceram com alças funiculares no pescoço, noutros existiam circumvoluções nas extremidades inferiores.

Winckel ouviu vinte e sete vezes o sopro funicular dentre tresentas mulheres examinadas na clinica obstetrica de Rostock.

Desses vinte e sete casos, no momento da parturição, seis vezes apenas, encontraram-se circulares.

Do que vimos de evidenciar, razoavelmente concluimos, que a auscultação, revelando um sopro fetal, indica uma probabilidade de existencia de circulares; permanecendo a duvida até o momento adiantado do trabalho em que será elucidada pelo toque ou pela observação visual.

Coexistindo sopros fetaes e uterino, poder-se-á escutar um, na supposição de outro, o que facilmente se esclarece pela comparação destes ruidos com os batimentos do pulso arterial em isochronismo unicamente com os ruidos de sopro materno.

Sopro cardiaco. — Este, habitualmente simples, percebido somente no foco de auscultação, diminuindo tanto mais quanto afastamos a escuta dahi, persistindo mesmo após o nascimento, é ligado a uma lesão

cardiaca, tal como endocardite, insufficiencia do buraco de Botal.

Auvard julga este sopro symptomatico de uma lesão dos orificios valvulares, como se tem notado em individuos adultos.

A sua importancia sob o ponto de vista obstetrico está muito aquem do precedentemente estudado.

Sopro materno. — Este ruido assignalado em 1821, por Lejumeau de Kergaradec com o nome de *batimentos simples*, foi successivamente denominado *pulsação placentaria*, *pulsação simples*, *sopro placentario*, *sopro abdominal*, *ruido de sopro*, *sopro epigastrico*, *sopro uterino e ruido uterino.*

O sopro materno considerado antigamente como um signal de certesa, desmereceu essa importancia após a opinião de Bailly, demonstrando que a gravidez não é a unica circunstancia que determina o desenvolvimento do utero e dos vasos deste orgão de modo a produzir este ruido.

Sua intensidade augmenta gradualmente até o fim do setimo ou oitavo mez, nessa epoca, fica estacionaria ou se submette a pequenas alterações.

Pode ser diminuida pela pressão forte do estethoscopio, pelos movimentos activos do feto, distendendo a parede uterina e demais causas susceptiveis de diminuirem o calibre dos vasos do utero.

Este orgão contrahindo-se, o ruido de sopro torna-se mais forte; em seguida diminue gradativamente tornando-se imperceptivel quando a contracção chega ao seu auge. Readquire os seus caracteres de timbre e sonoridade, findando-se este estado de ds contractilidade.

Este sopro apreciavel depois da primeira metade da prenhez, é dos signaes estethoscopicos o mais variavel sob todos os pontos de vista.

Pode apresentar todos os timbres possiveis.

Foi escutado aspero e acompanhado de vibrações, por Caseaux.

Por Depaul, foi notado sem choque, semelhante ao ruido que se percebe ao pronunciar o pronome francez *vous*.

Tivemos muitas vezes occasião de escutal-o (sempre semelhante ao ruido de um folles) afigurando-se-nos ao som onomatopaico.

— ff..ff..uu.. —

Ordinariamente este sopro apresenta-se separado do ruido seguinte, por um intervallo curto, que até pode não existir.

E' susceptivel de apresentar-se em qualquer ponto do utero.

Raras vezes no fundo deste orgão, habitualmente nas partes inferiores e lateraes.

Pode faltar na occasião em que auscultamos, mas é raro, observando-se os devidos preceitos e proseguindo-se a pesquiza, não o encontrar.

Quando os cultores da sciencia inqueriram do seu mecanismo e sede surgiram numerosas theorias. As principaes são:

Theoria illiaca. — O sopro materno, segundo

Hans e Bouillaud, produzia-se na aorta e nas arterias illiacas comprimidas pelo utero. Se assim fosse, não seria possivel, como tem acontecido em certos casos, encontrarmos este sopro em qualquer ponto da superficie uterina, notoriamente pouco acima do pubis.

Theoria epigastrica. — Kiwisch e Glenard localizaram este sopro na arteria epigastrica. Que esta theoria é inverosimil, demonstra a mesma objecção que citamos provando o nenhum valor da theoria precedente.

Theoria placentaria. — Para Laennec e Moncd, este ruido originava-se da placenta.

A possibilidade de ouvirem-se dois focos nitidamente distinctos, havendo placenta unica e algumas vezes a persistencia do sopro após o delivramento, demonstra cabalmente que esta theoria é erronea.

Theoria uterina. — Esta, creada por P. Dubois, admittia a existencia de largas communicações anastomoticas entre as veias e as arterias, originando-se o sopro da mistura brusca dos sangues arterial e venoso.

Jacquemier demonstrou que estas communicações não existiam.

Depaul explica o ruido de sopro affirmando que ha uma mudança de calibre das arterias uterinas cujas ramificações sobre as bordas lateraes do utero têm um calibre superior ao do tronco, de onde se originam. Como já demonstramos, um liquido que circula em um tubo que a um estreitamento succede uma dilatação, produz um ruido.

Ora, se o apparelho vascular do utero está

nestas condições, é concludente que a opinião de Depaul é a mais acceitavel.

Esta theoria é a mais plausivel: comtudo não julgamos impossivel a manifestação do sopro em outros vasos visinhos do orgão da gestação.

Auscultando o abdomen, percebemos alguns ruidos que por vezes se assemelham ao sopro uterino.

Se é difficil a confusão deste sopro com o ruido da respiração materna propagado até a região hypogastrica e os flancos, não o é com o sopro systolico do ser procreador, intenso, prolongado e propagando-se á região umbilical.

Fazemos a differenciação, porque os ruidos maternos da respiração e do sopro systolico augmentam de intensidade tanto mais quanto approximamos a escuta da caixa thoraxica, onde estes têm sua séde; emquanto que o sopro materno torna-se tanto mais intenso quanto mais approximamos a auscultação da região uterina, de onde elle se origina.

Pelo que, deduzimos; a intensidade dos ruidos está na razão inversa da distancia de seus fócos.

E' facil cahir-se, ainda, em illusão no perceber por sopro uterino os ruidos de sopro accidentalmente desenvolvidos na aorta abdominal ou nas arterias illiacas, mormente porque estes ruidos como aquelle são isochronos com o pulso materno.

Nem por isso estamos inhibidos de differencial-os, porquanto o sopro uterino é inalteravel á mudança de posição da paciente e nunca se o escuta acompanhado de pulsações.

O que se percebe dos movimentos activos do feto

Das conjecturas fundadas nos ruidos resultantes dos movimentos activos do feto, resultou não só a descoberta da auscultação obstetrica, como a idealisação e execução do metroscopio de M. Nauche, do qual uma das principaes vantagens era o parteiro poder perceber estes movimentos antes da gestante e do *baloiço* reconhecido pelo toque.

O demerito desse instrumento, parece-nos, — é universal.

A impressão que o ouvido experimenta consequentemente a estes movimentos, varia conforme a movimentação é de todo feto — *movimento de totalidade* — ou de uma parte — *movimento parcial*.

O ruido resultante do *movimento de totalidade* foi comparado por Tarnier ao produzido pelo attricto da polpa do dêdo sobre um panno distendido e por Pinard, ao que se percebe do deslisar de um dêdo sobre a mão adaptada á orelha.

Por vezes, observam-se em um certo ponto, movimentos rhythmados, isto é, durante um certo tempo, o pé, geralmente, produz no mesmo logar choques bruscos, nitidamente separados por intervallos curtos e regulares. Estes choques podem ser observados em series successivas differenciadas por longas pausas ou encadeados por um certo tempo, durante 10 a 15 minutos, por exemplo.

Na descripção do ruido produzido pela movimentação de uma parte fetal, ninguem exedeu a Pajot, que o denominou *choque fetal.*

E' elle quem diz — «percebe-se ao mesmo tempo no momento em que se produz o movimento, uma dupla sensação de choque e de ruido brusco mas de uma extrema ligeiresa e o ouvido despertado em sua sensibilidade geral e especial, recebe simultaneamente uma impressão tactil e outra auditiva.

Este sapiente mestre julga esses movimentos activos realisaveis somente do quarto ao sexto mez e em determinadas condicções.

Estas são: quantidade de liquido amniotico relativamente consideravel, desenvolvimento adiantado do feto e mediocre volume fetal em relação á cavidade que o contem.

Esta triade de condicções geralmente não existe antes do terceiro mez nem depois do sexto.

A época mais inicial em que este ruido se torna audivel é a occasião de maior ascensão de seu valimento, exclusivamente restricta aos limites da estethoscopia, visto que, nesse tempo elle pode nos fornecer, antes de signaes outros de certeza, o diagnostico indubitavel da gravidez, pois, por então, elle já é perfeitamente caracterisado pela sua duplicidade de choque e ruido.

Quando a edade da gravidez equivale ao segundo trimestre ou mais, esse signal ainda que se revelando com bastante intensidade para ser percebido pela apalpação, desmerece grandemente a sua alta valia, pela occurrencia de signaes outros de certeza.

Considerado como um signal subjectivo, parece-

nos de somenos importancia, pois, não são raros os casos de falsa prenhez, em que a pseudo-gestante experimenta perfeitamente a sensação de movimentação do seu pretenso feto.

Citemos o caso acontecido á rainha da Inglaterra que propalou aos seus subditos e vassalos a nova de haver concebido, quando esta regia gestação nada mais era que um derramem peritonial.

Deixemos esta ligeira digressão que fizemos afim de patentear, neste caso a proficuidade inegualavel da estethoscopia obstetrica e continuemos a visar o nosso escôpo.

A' noite, quando a mulher repousa, estes movimentos tornam-se mais pronunciados.

E' bastante para os excitar uma mudança brusca de posição da gestante ou intermittentes e rapidas compressões feitas sobre o utero. •

Entretanto, ha occasiões em que se faz mister examinarmos uma, duas, tres, e mais vezes afim de conseguirmos surprehende-los.

E a despeito de todos estes exames, muitas vezes conservam-se occultos por toda gestação ou durante parte dos mezes em que habitualmente são evidentes.

Presentidos sem dubiedade, o diagnostico de gravidez e vida do feto se impõe.

O seu desapparecimento, no quarto para o sexto mez, depois de apercebidos, ao lado de signaes outros, nos leva a suspeitar, com muita probabilidade, a morte do feto.

Estes movimentos parciaes são notados em geral do lado opposto ao dos ruidos do coração fetal. E como são os membros inferiores as partes do feto que

mais se movem e a apresentação do vertice a mais frequente, habitualmente elles são percebidos acima do foco dos duplos batimentos do coração.

Divergimos de alguns parteiros no modo de considerar a parte fetal que produz estes movimentos rhythmados.

Pelas nossas referencias aos ruidos provenientes destes movimentos, comprehende-se logo que os admittimos como movimentos fetaes, no que todos são concordes, produzidos pelos membros do feto, no que descordamos de alguns auctores.

Mermann acredita que estes ruidos são devidos ao *soluço fetal* e irmanado a Commandeur por esta idéa, diz que este observou dois casos em que os movimentos rhythmados pareciam produzir-se ao nivel da base do thorax e os attribuio de muito bom grado, a contrações musculares espasmodicas do diaphragma, por isso que verificando os ruidos produzidos por estes movimentos notou ao mesmo tempo immobilidade nos pequenos membros.

Ahefeld opina diversamente da nossa asserção e da de Mermann, julgando esses ruidos provenientes da deglutição e da respiração do feto.

Nem um nem outro tem razão. E' o que resulta das objecções que vamos apresentar.

Quem está habituado a perceber estes movimentos pela apalpação e auscultação, na sensação tactil experimentada, nota perfeitamente que estes movimentos são produzidos pelos membros do feto.

Não julgamos possivel que se verifique a immobilidade de todos os membros fetaes concomitante-

mente com a audição dos ruidos dos *movimentos rhythmados*.

Nem acreditamos que a deglutição do feto se manifeste como temos notado estes movimentos.

Nada mais precisamos dizer para provar peremptoriamente que estes ruidos não são devidos aos movimentos respiratorios, visto como, rememorando que a respiração no feto é feita graças ao oxygenio do sangue materno, recebidos por elles vemos que no estado normal não se fazem estes movimentos respiratorios. Produzem-se somente quando ha uma alteração na circulação utero-placentaria ou outra causa que possa determinar-lhe a asphyxia.

Ora, se estes ruidos fossem provenientes dos movimentos respiratorios, da deglutição, ou dos espasmos diaphragmaticos do feto, certamente ao em vez de signal de vitalidade, que elle é como resultante dos movimentos dos membros do feto, seria symptoma autorisavel do prognostico de morte fetal.

Ruidos do coração do feto

Estes ruidos denominados *duplos batimentos do coração do feto*, *duplas pulsações*, *duplos batimentos do coração*, *pulsação fetal*, *pulsações redobradas* são habitualmente designados *batimentos do coração fetal* ou simplesmente *ruidos*.

São duplos, ou melhor, constituidos por uma serie de ruidos percebidos de par em par, separados por ligeiros intervallos.

Estes, intermediados pelos ruidos, continuamente se alternam, numa successão de um intervallo

longo e outro breve e de um ruido forte e outro fraco.

Dois ruidos separados por um intervallo longo e seguidos de outro intervallo de egual duração, constituem o que conhecemos por *primeiro ruido* e *segundo ruido* da revolução cardio-fetal.

O intervallo posterior ao primeiro ruido constitue o —*pequeno silencio*— e o outro, o que é ulterior ao segundo ruido, o —*grande silencio.*

O primeiro ruido, mais forte e sonoro que o segundo, corresponde á pulsasão das arterias umbillicaes e por conseguinte á contracção ventricular.

Algumas vezes o segundo ruido é difficultuosamente percebido.

Noegele diz ter observado casos em que não o poude escutar.

O grande silencio quando a circulação do feto é muito activa diminue e ás vezes torna-se tão curto que difficilmente podem ser contadas as duplas pulsações, em um dado tempo.

Os autores não estão accordes sobre o menor tempo de prenhez, em que estes ruidos são percebiveis. Mas opinam todos que no quarto mez e meio as contracções cardiacas fazem-se com intensidade sufficiente para tornal-os audiveis; entretanto Depaul pensa que em alguns casos ha possibilidade de revelarem-se muito antes. Diz elle ter examinado mulheres nas quaes os observou, no fim do terceiro mez de gravidez.

São excepcionaes os casos em que elles se conservam occultos durante toda a gestação.

Este mesmo parteiro relata que em 906 mulheres, que tiveram filhos vivos, estes ruidos faltaram 8 vezes.

A intensidade destes ruidos augmenta com a idade da prenhez e é proporcional á força do musculo cardiaco.

A percepção dos ruidos do coração é mais ou menos nitida, conforme ha condições favoraveis ou desfavoraveis á transmissão delles. Depende da maior ou menor espessura das paredes uterina e abdominal, da quantidade de liquido amniotico, da situação da placenta, da attitude do feto na cavidade uterina e mesmo da perspicacia clinica do parteiro.

A frequencia dos duplos batimentos do coração é de 143 pulsações por minuto, podendo augmentar ou diminuir. Os extremos, que se tem notado, das oscillações destes batimentos, de fetos nascidos em boas condições de vida, para menos é de 120 e para mais é de 160. O primeiro foi observado por Charpentier e o segundo por Depaul. Entretanto, Pinard notou em um feto 60 pulsações por minuto, mas, este caso parece-nos ser o unico.

As alterações do rhythmo destes ruidos são provenientes de causas connexas com o feto, como sejam os repetidos movimentos activos deste, ou correlatas com a parturiente,como sejam as contracções uterinas.

No começo da contracção os batimentos acceleram-se, em seguida relaxam-se, diminuindo de intensidade, até tornarem-se fraquissimos, para voltarem ao seu rhythmo normal á proporção que a contracção desapparece.

Auscultando o ventre nos dois ultimos mezes de prenhez os ruidos do coração são percebidos em uma certa extensão, sobre uma superficie de seis a dez centimetros de diametro, porem ha uma zona mais restricta de dois ou tres centimetros de diametro, ao nivel da qual elles são percebidos com mais nitidez.

E' ahi que se acha o *maximo de intensidade*, *fóco maximo, fóco de auscultação.*

Diagnostico do sexo do feto —: Frankenhauser pretendeu, baseado em os numeros dos batimentos cardio-fetaes, predizer a sexualidade do feto, julgando estes batimentos indicio do sexo masculino, quando por minuto batiam mais de 135 vezes, do sexo femenino quando iam alem de 145 e se oscillavam entre estes numeros não se podia asseverar o sexo.

Auscultamos todas as mulheres gravidas recolhidas (de Abril a Setembro de 1909) ao Hospital de Santa Izabel. E verificamos, por então, por vezes, o numero de pulsações cardiacas, por acerto, corresponder ao sexo estabelecido por este scientista.

Mas, nem por isto, nos enfileiramos aos seus sectarios.

A nosso ver, este desvanecimento de annunciar o sexo do feto, antes do nascimento, é *genuino charlatanismo*, é de nenhuma utilidade pratica.

Se o parteiro, em alguns casos, tem a dita de ver realisado o que predisse, occasiões ha que assim não acontece. E o seu descredito, por não ter acertado o sexo da creança é muito mais prejudicial que lucrativo o conceito que teria se houvesse a ventura de coincidir a sua asserção com a realidade.

Ora, se o parteiro nenhuma obrigação tem de satisfazer á vontade dos circumstantes que (é de praxe) indagam do sexo da creança, por natural curiosidade, procedêmos com mais acerto, nos esquivando de advinhar o sexo do feto.

Nas occasiões em que, como interno, que somos do alludido Hospital, ficavamos de permanencia, faziamos tres exames por dia em cada mulher, das submetidas as nossas pesquizas, notando, por então, ás vezes a differença de 6, 8 e 12 pulsações, do mesmo feto, no intervallo de 3 horas, de um exame para outro.

Não podem ser mais concludentes as nossas observações, para demonstrarmos que esta theoria é erronea; porquanto esta variedade em o numero de pulsações cardiacas daria no absurdo do parteiro affirmar, em um exame, que o feto era masculino e em outro feminino.

Da attitude do feto. — Para o diagnostico das posições e apresentações do feto, posto que, não confiemos somente na auscultação, a consideramos de real valor e de grande utilidade pratica. E' ella que nos fornece, na maior parte dos casos, elementos para fundamentarmos o diagnostico previsto por meio da apalpação.

Muitas vezes, porém, o parteiro lança mão deste ultimo meio de pesquizas, sem conseguir reconhecer a parte fetal que tem sob as mãos e praticando a auscultação, ao contrario do que deveria ser, a apalpação é que confirma o diagnostico.

Pode-se dar o caso do parteiro fazer o diagnostico errado e a auscultação indicar-lhe o equivoco e o

verdadeiro diagnostico, e, ainda desta vez, é a apalpação que confirma o que a auscultação estabelecera.

Os duplos batimentos, quer sejam transmittidos directamente, segundo Depaul, pelo dorso, ou como opinam Ribemont, Tarnier, Chantreuil, por qualquer das paredes thoracicas, é evidente que elles são tanto mais nitidos quanto mais accessivel é ao estethoscopio a parte que os conduz.

E' ésta parte uma das componentes do todo constituido pelo feto, paredes uterina e abdominal, estethoscopio e pavilhão da orelha do observador, ao qual, por vezes, temos-nos referido e que Pajot disse ser indispensavel a audição dos duplos batimentos.

Esta parte fetal, isto é, o foco de auscultação, pelo ponto em que está localisado nos indica a posição do feto.

Para isso os auctores crearam linhas mnemotechnas, correspondendo ao foco de auscultação de cada apresentação. Mas como o ponto de reparo da apresentação, nem sempre corresponde exactamente ao ponto de reparo materno, o foco de auscultação nem sempre está situado na respectiva linha de demarcação, mais sim em um ponto proximo desta, sendo encontrado mais alto ou baixo, conforme a apresentação está mais affastada ou proxima da cavidade pelviana.

Vejamos quaes são essas linhas, estudando-as particularmente em cada caso.

Uma linha horisontal dividindo o abdomen em duas metades iguaes demarca a *apresentação do feto*

Depaul é de opinião que o coração do feto está mais proximo da cabeça que do pelvis. Assim, o foco

estando abaixo desta linha, comprehende-se que a apresentação é da extremidade cephalica e em caso contrario a apresentação é do pelvis.

Ribemont, posto que, divergindo deste modo de explicar a razão de ser deste facto, o admitte como uma realidade, e, julgando o coração em igual distancia das duas extremidades fetaes, diz que a situação do foco na metade inferior do abdomen, nas apresentações da extremidade cephalica, é devido á descida da cabeça seguida do tronco, onde se acha o foco o que na apresentação do pelvis só acontece de modo excepcional, mormente nas primiparas.

Mas se uma circunstancia qualquer, inserção viciosa da placenta, retrahimento da bacia, excesso de volume da cabeça mantem a apresentação cephalica acima do estreito superior, os ruidos do coração do feto são ouvidos acima da linha horisontal nas anormalidades da bacia, assim como, na apresentação do pelvis esses ruidos podem ser auscultados abaixo desta linha.

Com tudo, de um modo geral, podemos dizer que nas apresentações longitudinaes os ruidos do coração, estando abaixo da linha horizontal e propagando-se para o hypogastrico ha apresentação cephalica e no caso contrario a apresentação é do pelvis. As linhas que determinam as variedades de posição *convergem todas* para o umbigo, partindo de pontos a que nos referiremos, estudando particularmente cada variedade de posição.

Na O. I. E. A. o dorso que constitue um plano resistente unindo a cabeça ás nadegas, está situado para esquerda e para deante em uma situação que

differe um pouco segundo o estado da parede abdominal. Em certas multiparas ainda que a cabeça do feto esteja orientada em posição esquerda, variedade anterior em relação á bacia, o dorso se põe em diagonal, inclinado para a direita e para adiante.

Esta attitude do feto é observada quando o utero está em anteversão ou muito inclinado, o que faz variar a altura do fóco de auscultação, que habitualmente é encontrado no meio da linha que começa na eminencia illio-pectinea esquerda.

Passemos ao estudo da apresentação em posição direita, variedade posterior, O.I.D.P. por ser esta a mais frequente depois da O.I.E.A.

Nesta, O.I.D.P. a cabeça ainda que não esteja muito flexionada acha-se muito descida.

Estando o occiput em relação com a symphise sacro illiaca direita, certamente o dorso está virado para atraz, tornando-se, desta sorte, difficilmente accessivel pelo estethoscopio. Segundo Depaul o fóco de auscultação acha-se situado na linha que começa na symphise sacro illiaca direita e na opinião de Tarnier, na linha que tem uma das suas extremidades na espinha illiaca antero superior direita.

Na O.I.D.A. o occiput estando em relação com a eminencia illio-pectinea direita, o dorso facilmente accessivel, está virado para o lado anterior direito da parede abdominal e o plano lateral esquerdo do feto á esquerda da linha mediana. O fóco acha-se sobre a linha mediana ou um pouco á esquerda desta linha.

A.O.I.D.A. excepcionalmente é encontrada, a não ser durante o trabalho do parto como uma

posição de transição, modificação da O.I.D.P. que vae tornar-se O.P.

Na O.I.E.P. o plano lateral direito do feto está mais facilmente ao alcance do estethoscopio que o plano lateral esquerdo, mas os ruidos do coração do feto são transmittidos pelos dois lados, donde a presença de dois fócos, deixando, desta sorte, á primeira vista, a impressão de uma prenhez gemea, mormente coadjuvada pela facilidade com que pela apalpação se sente as pequenas partes-fetaes.

Estes fócos estão localisados, um á direita e outro á esquerda.

São de intensidade e nitidez differentes, fazendo-se a transmissão dos ruidos pelos dois planos lateraes do feto.

Do lado direito, se deprimirmos sufficientemente a parede abdominal, percebemos os batimentos do coração mais nitidos e intensos que do lado esquerdo, onde elles são notados segundo Depaul na linha que começa na symphise sacro illiaca deste lado e segundo Tarnier na linha que se inicia na espinha illiaca antero superior esquerda.

As posições transversas do vertice, durante a prenhez são observadas nas mulheres que apresentam ante-versão do utero ou a bacia viciada.

O processo de exploração clinica que melhores resultados offerece nestes casos é o toque.

Entretanto a auscultação de alguma sorte nos auxilia a diagnosticar. Na posição esquerda transversa o dorso encurvado está situado á esquerda. O fóco de auscultação acha-se á esquerda da linha mediana, na linha de demarcação da O.I.E.A.

Na direita transversa o dorso, na mesma attitude, está virado para o lado direito. O plano lateral esquerdo do feto torna-se mais accessivel ao estethoscopio que o plano lateral direito, donde, nesta posição, a maior intensidade dos ruidos do coração.

O fóco de auscultação, conforme a inclinação do tronco, é percebido sobre a linha mediana, á direita ou á esquerda desta linha.

Esta posição O.I.D.T. como a O.I.D.A. raramente é primitiva e a mais das vezes representa a transição da O. I. D. P.

Ha apresentação da face quando o feto tem a extremidade cephalica inclinada sobre o dorso, pondo o occiput em contacto com a região dorsal, penetrando na bacia pela extremidade mentoniana do diametro occiput-mentoniano.

A apalpação e a auscultação muito nos auxiliam no diagnostico desta apresentação, mais estão longe de fornecer signaes tão precisos como o toque.

A parte fetal nesta apresentação sendo mais elevada que na apresentação do vertice, o fóco, correspondendo á zona cardiaca, é notado mais elevado que na apresentação do vertice, é observado ao nivel ou quasi ao nivel da linha horisontal.

Nesta apresentação os ruidos cardiacos são transmittidos pela região costo esternal, isto é, o fóco de auscultação apresenta-se do lado opposto á saliencia cephalica percebida pela apalpação. Quando as paredes uterina e abdomina são sufficientemente flacidas é possivel applicarmos o estethoscopio

sobre o dorso do feto, mas isto rarissimas vezes acontece.

O fóco de auscultação, relativamente ao dorso, está situado, de sorte que, percebidos constituem uma orientação de grande proveito pratico, para o diagnostico.

Nas apresentações da face em virtude da disposição da cabeça sobre o dorso, ao contrario do que se dá na apresentação do vertice, é o plano anterior do feto que se adapta á parede uterina, resultando o foco ser encontrado do lado opposto ao dorso.

Assim quando o dorso está virado para a direita o fóco está á esquerda, e vice-versa. Na apresentação do vertice o fóco é encontrado do lado que o dorso se une á parede do utero.

Baseados na relação que ha entre o fóco de auscultação e o dorso apresentamos este schema:

Fóco abaixo da linha horizontal

Dorso virado para a direita, fóco do lado esquerdo.	**apresentação da face**
Dorso virado para a esquerda, fóco do lado direito.	

Fóco abaixo da linha horizontal

Dorso virado para a direita, fóco do lado direito.	**apresentação do vertice.**
Dorso virado para a esquerda, fóco do lado esquerdo.	

Nestas apresentações o interrogatorio e a inspe-

cção do abdomen não fornecem signal algum de valor.

A apalpação e a auscultação, posto que, muito concorram para o diagnostico desta apresentação da face estão longe de fornecer signaes tão precisos, como os obtidos pelo toque.

A auscultação indica que o fóco maximo dos ruidos do coração está geralmente alto. Estes ruidos ouvem-se nas apresentações mento anteriores mais nitidamente que nas do vertice; o plano anterior do feto é mais approximado da parede uterina e os duplos batimentos são transmittidos por esta parte fetal.

Na M.I.E.A. o fóco é muito intenso e situado na linha mediana.

No M.I.E.T. o fóco é sempre intenso e situado á esquerda da linha mediana.

Na M.I.E.P. o fóco é intenso, e está situado na linha que começa na espinha illiaca antero inferior direita.

M.I.D.T. o fóco é intenso e está situado á direita da linha mediana.

Na M.I.D.P. o fóco é fraco, pouco elevado e fica situado na linha que se inicia na espinha illiaca antero inferior direita.

Nas duas apresentações da espadua o fóco acha-se muito abaixo do umbigo e os ruidos muito intensos propagam-se em direcção transversa seguindo uma linha obliqua que corresponde ao dorso encurvado do feto.

Na A.I.E. da espadua direita, o dorso está para diante, e pelo plano lateral esquerdo, que está para

cima, os ruidos cardiacos são transmittidos e percebidos na linha mediana, abaixo do umbigo.

Na apresentação desta mesma espadua em A.I.D. o fóco acha-se egualmente situado sobre a linha mediana porém mais perto do umbigo, e menos intenso que naquella posição.

Na apresentação da espadua esquerda em A.I.E. o fóco está para direita da linha mediana, muito em baixo e bastante nitido.

Na apresentação desta mesma espadua em A.I.D. o fóco é muito intenso e está situado á esquerda da linha mediana, proximo do ramo horizontal do pubis.

Nas apresentações do pelvis, como nas outras, é a auscultação que confirma o diagnostico estabelecido pela apalpação.

Na S.I.E.A. a espadua esquerda acha-se para cima, para deante e á direita da linha mediana, constituindo uma parte resistente junta a qual acha-se o fóco. Os ruidos cardio-fetaes com muita intensidade são transmittidos pelo plano lateral esquerdo, auscultados proximos da linha mediana e do umbigo, estando mais ou menos affastados conforme a inclinação do tronco do feto.

Na S.I.D.P. os ruidos cardio-fetaes são transmittidos pelo plano lateral direito. O fóco acha-se á direita da linha mediana e acima do umbigo.

Na S. I. E. P. os ruidos do coração com muita nitidez são percebidos do lado direito muito approximados do umbigo.

Na S. I. D. A. o fóco de auscultação acha-se sobre o bordo direito do utero

Na S. I. E. T. o fóco de auscultação está localisado a esquerda e ao nivel do umbigo.

Na S. I. D. T. os duplos batimentos do coração são percebidos com pouca intensidade acima do umbigo e á direita da linha mediana.

Como dissemos, a localisação do fóco de auscultação nestas mesmas attitudes do feto, não é immutavel, tornando-se variadissima quando a apresentação ainda não desceu completamente á cavidade pelviana.

Podemos ainda de um modo mais simples, porem mais vago, determinar pela situação do fóco estas apresentações, da seguinte forma.

Por sobre uma linha horizontal, dividindo o utero em duas metades iguaes, passa-se uma outra linha ficticia, formando-se desta sorte quatro angulos rectos.

O ponto de intersecção deve ser o meio do utero, e não o do umbigo; é mister não confundirmos os limites do utero com os do abdomen afim, de evitarmos *surprezas de diagnostico*.

A linha horizontal, como dissemos, determina a *apresentação* e a vertical a *posição*. E as quatro porções resultantes do entrecruzamento destas linhas, nos informam a situação do feto.

Os batimentos do coração deste, percebidos na porção inferior esquerda, indicam uma apresentação da cabeça com o dorso voltado para esse lado, sendo porem, notados na porção inferior direita a apresentação é a mesma, mas o plano posterior do feto está voltado para a direita. Ao contrario, estes ruidos auscultados na porção superior, a apresentação é do pelvis e o dorso está virado para o mes-

mo lado em que são notados. Depaul comprovando esse modo de diagnosticar, que é seu, disse: — « Em 247 apresentações do vertice, diagnosticadas por meio da auscultação 247 vezes o toque e o parto justificaram o diagnostico. Em 9 apresentações do pelvis diagnosticadas, uma só vez o tronco penetrou primeiro. Notadas 6 vezes a apresentação da espadua, somente uma a cabeça penetrou primeiro, desde o começo do parto.

Relativamente ás posições, 186 vezes as determinei em O. I. E. A. não acertando somente em 5 casos.

Annunciei 58 vezes que o dorso e o occiput estavam para atráz e para direita e somente em 2 casos desacertei. »

Não temos a pretenção de demonstrar que a auscultação nesses casos por si só nos conduz ao diagnostico irrefutavel, por isso mesmo vimos de citar seus desacertos; todavia a julgamos indispensavel quando desejamos fazel-o desse modo.

***

No diagnostico da gravidez multipla, a auscultação, como na immensa maioria dos casos, é de grandioso valimento.

Havendo dois fetos, naturalmente ha dois corações e do mesmo modo dois focos.

Dir-se-ia de extrema facilidade o diagnosticar desses casos se sempre assim fosse.

Não é bastante a percepção de dois focos de auscultação para, em continente, affirmarmos tratar-se de uma prenhez dupla.

Poder-se-á até notar tres, quatro ou mais focos sem que a prenhez seja tripla, quadrupla, etc. E' mister inquerirmos então, do isochronismo e origem dos ruidos escutados.

Verificamos que esses ruidos não são propagados do coração materno, não são batimentos de vasos circumvisinhos do utero, os comparando com o pulso do ser procreador.

Depaul disse que a differença da frequencia dos ruidos de um para outro foco nunca é menor que seis pulsações, tendo observado em alguns casos, 15 ou 16.

E' impossivel chegarmos a um diagnostico infallivel quando um dos fetos está morto, está mal collocado, os dois corações batem com isochronismo ou ha grande quantidade de liquido amniotico, o que nos inhibe da percepção dos dois fócos.

Para os casos de mais de dois fetos na cavidade uterina devemos ter as mesmas precauções que na prenhez dupla.

São poucos os diagnosticos de prenhez tripla, registrados nos annaes da historia das sciencias medicas, não só pelas muitas difficuldades que apresentam como ainda pela raridade dos casos e tambem porque quasi sempre as mulheres gravidas só apresentam-se ao parteiro na occasião do trabalho do parto.

Depois dos estudos de Mauriceau pouco se tem cuidado do diagnostico de prenhez tripla.

Dunal tratando destes casos, mostra a possibilidade de fazer-se o diagnostico de gravidez tripla *principalmente pela escutação* e traz em apoio dessa

asserção duas observações, sendo uma pessoal. Frank Wilson reforça essa opinião dizendo ter feito por esse modo de exploração clinica tres dias antes do parto o diagnostico de uma prenhez tripla, precisando as posições da creança e, ainda mais, pelo numero de batimentos cardiacos chegou a determinar o sexo das mesmas.

O professor Pinar empavonando a apalpação de um valor superior ao de todos os processos de exploração clinica, diz ter feito não só o diagnostico de prenhez tripla somente por esse processo, mais ainda, precisado a posição respectiva de cada feto, em quanto que a auscultação só lhe havia permittido perceber dous centros de batimentos do coração.

Posto que reconheçamos o grande merito destes illustres auctores, comtudo divergimos deste modo de pensar, julgando indispensavel qualquer destes meios de investigação clinica. Julgamos que apesar destes processos de exploração serem de valia incotestavel, não devemos ser exclusivirtas, pois nem sempre se poderá fazer o diagnostico em questão pela auscultação ou pela apalpação unicamente, em virtude do estado em que se possam achar os fetos e ainda das variadas posições que elles podem occupar na cavidade uterina; por isso com *mais acerto* usaremos em todos os casos concomitantemente estes dous modos de investigação.

Nos casos em que é possivel praticar-se qualquer processo de exploração clinica, julgamos preferivel investigar coadjuvados por todos os meios

de explorar, obtendo com uns o que não foi possivel com outros.

Baseando-se nas alterações apresentadas pelo sopro uterino, Stoltz julgou possivel o diagnostico da prenhez dupla, asseverando ser o sopro uterino, neste caso, mais intenso e perceptivel sobre uma superficie mais longa que na prenhez simples e notado distinctamente em dois logares.

Não se faz mister uma longa pratica de clinica obstetrica afim de verificarmos que esta asserção é inverosimil.

Temos notado sopro duplo em prenhez simples e Bar menciona casos de prenhez dupla e sopro unico.

Vimos uma gestante de prenhez simples, como citamos em uma das nossas observações, que o sopro se manifestava por toda superficie uterina.

Não é facil o diagnostico da gravidez tripla e casos ha em que os parteiros, mesmo os que têm pratica de longos annos são surprehendidos com a presença de tres fetos quando esperam somente um ou dois.

O proprio Mauriceau conta que foi surprehendido, quando assistia uma parturiente, pelo volume do ventre, depois de nascidos dois fetos, e, que fazendo o toque, encontrou o pé de um terceiro feto.

Muitas vezes o grande volume do ventre, a distensão permanente e a difficuldade de uma apalpação precisa levam-nos, a duvida em diagnosticar gravidez simples com hydranios ou gravidez gemea. Nestes casos devemos procurar fazer a differencia-

ção pela marcha do crescimento abdominal, que differe conforme se trata de uma ou outra gravidez, sendo no primeiro caso a marcha lenta e progressiva emquanto que no segundo caso é aguda e, ainda, a auscultação nos presta relevantes serviços, porque, sendo muitas vezes negativa no segundo caso, mostra alguns focos de pulsações não isochronas na gravidez dupla, onde a fluctuação é menos frequente.

O diagnostico torna-se mais difficil quando a parturiente apresenta-se durante o trabalho do parto, pois a tensão permanente que se nota, juntamente com repetidas contrações uterinas tornam as paredes sobre que devemos explorar improprias á investigação. Neste caso é difficil praticar-se a auscultção e muito mais difficultosa é a apalpação.

A escuta do nascituro durante o trabalho do parto, melhor que outro qualquer processo, nos indica as mutações de posição no sentido horisontal ou vertical, pela localisação do foco, para baixo, para diante ou para atraz, ou immobilisando-se quando a apresentação é obstada nos precisos movimentos fetaes para o parto.

Este processo, ainda, nos conduz a preferencia, com acerto, do forceps salvador da vida fetal ou de um instrumento mutilante, beneficiador da parturiente; e, si se dá a primeira hypothese, a auscultação nos coadjuva sufficientemente a *diagnosticar com a devida precisão* para as applicações do instrumento. Se ha reiteradas contrações uterinas, interrupção da circulação utero placentaria, da funicular ou outra qualquer causa impropria á vida fetal

a auscultação annuncia perigar a vida do producto da concepção, na immensa maioria dos casos ainda em tempo de salval-o, estimulando-nos a uma intervenção indeclinavel a sua supervivencia.

OBSERVAÇÕES

I

M. J. preta, solteira, da Bahia, de 23 annos de edade, residente no districto de S. Antonio, recolheu-se á enfermaria de S. Izabel, em Maio deste anno de 1909.

Quando a examinamos estava no fim do sexto mez de gravidez.

Disse-nos que as suas regras deixaram de apparecer desde o fim de Novembro, era esta a quinta gestação e todos os seuá partos têm sido em termo e naturaes.

Notamos o utero dois dedos acima do umbigo, estrias caracteristicas das multiparas, falta de edema e grande flacidez das paredes abdominaes.

O feto, á menor pressão, deslocava-se de um lado para outro, o que facilmente se verificava pela auscultação, devido s mudança do fóco.

Decorridos trinta dias, em uma noite que estavamos de permanencia no Hospital Santa Izabel, prestamos os devidos auxilios obstetricos a M. J. que deu á luz a um feto que nasceu morto pelo vertice.

Logo após a ruptura do sacco das aguas, seguiu-se o parto que foi rapido.

O delivramento fez-se expontaneamente quinze minutos depois.

A paciente, vinte dias depois retirou-se, em bôas condições de saude.

II

M. I. S. parda, solteira, da Bahia, com 29 annos de edade, residente no districto de Sant'Anna, foi internada na enfermaria de Santa Izabel, em principio de Maio.

Disse-nos ser esta a terceira gestação, as suas regras não voltaram mais desde o mez de Fevereiro e ainda não havia sentido os movimentos activos do feto.

Apresentava estrias, edema dos membros inferiores e paredes abdominaes destendidas.

Pela apalpação fizemos diagnostico de apresentação do vertice em posição esquerda variedade anterior.

Percorremos attentamente com o estethoscopio toda a região uterina sem encontrar batimentos do coração, mas em toda a porção inferior e media desta região, notamos o sopro uterino muito intenso.

A parturiente, dissera-nos, deu á luz a um feto morto de nove mezes, seguindo-se o delivramento natural.

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

PROPOSIÇÕES

✦✦✦✦✦✦✦✦

Anatomia descriptiva

I. O utero é orgão destinado á fecundação e á gestação.

II. E' impar, mediano, conico e apresenta um collo, um corpo e uma base.

III. E' mantido em posição pelos ligamentos largos, redondos e utero-saccros.

Anatomia medico-cirurgica

I. Este orgão está situado na parte média da excavação pelviana, sob alças intestinaes, posteriormente á vagina, entre as trompas e entre a bexiga e o recto.

II. O seu collo, na immensa maioria dos casos é privado de sensibilidade á dôr.

III. As mulheres attingidas de epithelioma uterino, quando experimentam sensações dolorosas, já a lesão attingiu o corpo deste orgão.

Histologia

I. Das tres tunicas que constituem as paredes do utero gravidico, a serosa é uma continuação do peritoneo.

II. A tunica musculosa é formada por elementos de tecido conjunctivo e de fibras musculares lisas.

III. A tunica mucosa é denominada, na parte que envolve o ovulo, *caduca ovular;* na porção que está entre elle e o utero, *caduca inter-utero placentaria* e o que resta, *caduca parietal.*

Bacteriologia

I. Os streptococcus têm sido encontrados no ar, na agua e no solo reunidos em cadeias de seis, oito ou mais elementos.

II. Podem existir em qualquer parte do corpo, inclusive a cavidade uterina.

III. E' o germen responsavel, entre outras molestias, pela febre puerperal.

Anatomia e physiologia pathologica

I. A hypertrophia é sempre a consequencia de um exagero na actividade do movimento nutritivo com predominancia da assimilação sobre a desassimilação.

II. A causa mais habitual da hypertrophia é a super actividade funcional.

III. Na hypertrophia physiologica do utero gravido, notam-se fibras lisas augmentadas de numero e volume.

Physiologia

I. O utero está ligado ao systhema nervoso central por nervos centripetos e centrifugos.

II. E' um orgão que tem propriedades de extensibilidade, retractilidade e contractilidade.

III. Destas propriedades, a mais evidente durante o parto, é a contractilidade.

Therapeutica

I. O extracto de centeio espigado excita a contractilidade das fibras lisas do utero.

II. Esta acção é mais intensa sobre o utero gravido que em estado de vacuidade.

III. Esta propriedade é tanto mais evidente quanto adeantada é a gravidez.

Hygiene

I. O aposento da parturiente deve ser provido de ar, luz e boa temperatura.

II. O leito deve ser forrado de pannos asseiados e bons conductores de calor.

III. Devem permanecer nesse recinto, somente as pessoas indispensaveis ao trabalho obstetrico.

Medicina legal e toxicologia

I. Para o diagnostico da gravidez, o experto deve considerar os signaes objectivos como os de maior valia.

II. Estes podem ser de certeza ou de probabilidade.

III. Os unicos signaes de certeza são as manifestações directas do feto.

Pathologia cirurgica

I. A inversão uterina é o reviramento do utero, até o nivel ou alem do collo.

II. E' incompleta quando o fundo do utero não desce até o orificio externo do collo.

III. E' completa quando o fundo deste orgão ultrapassa este orificio, podendo mesmo insinuar-se na vagina ou no exterior do orificio vulvar.

Operações e apparelhos

I. O forceps é applicavel nas apresentações cephalicas e pelvianas.

II. E' um instrumento simples, composto de um cabo, de uma articulação e de duas colheres concavas.

III. Preferivel nos partos artificiaes em que se não deve mutilar o producto da concepção.

Pathologia medica

I. A albuminuria é um symptoma pathognomonico do mál de Bright.

II. Nas gestantes pode ser consequente á gravidez ou a alguma lesão independente deste estado physiologico.

III. Quando é motivada pela gravidez desapparece após o parto.

Clinica medica (1.ª CADEIRA)

I. A presença da albumina na urina de uma

mulher gravida é indicação para exames amiudados desta secreção renal.

II. O tratamento mais acertado da albuminuria é o regimen lacteo.

III. Quando a albumina não cede a este tratamento evidencia-se a gravidade do caso.

Clinica medica (2.ª CADEIRA)

I. A gravidez é um estado physiologico que pode determinar manifestações pathologicas.

II. Pode produzir vomitos simples ou incoersiveis.

III. Estes são de prognostico sombrio, quando deixam de ser convenientemente tratados.

Clinica propedeutica

I. A apalpação é um dos meios de investigação que mais auxiliam ao parteiro.

II. Por este processo podemos ajuizar do volume do utero gravido e do seu conteudo.

III. Só devemos pratical-a com as mãos previamente *aquecidas*.

Historia natural medica

I. Tomando-se por base da divisão dos mammiferos caracteres tirados da sua gestação, dividem-se em duas sub-classes: Implacentarios e Placentarios.

II. Os Implacentarios Monotremios são oviparos.

III. Os Implacentarios Marsupiaes são viviparos.

Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular

I. Os saes de quinina têm sido incriminados como abortivos.

II. Por esta razão, muitas vezes se tem deixado de administral-os ás mulheres gravidas.

III. Não os julgamos com estas propriedades.

Chimica medica

I. O oxygenio é um gaz incolor, inodoro, insipido e deliquescente.

II. E' indispensavel á vitalidade do organismo.

III. O feto durante a vida intra-uterina recebe-o pelo sangue materno.

Clinica cirurgica (1.ª CADEIRA)

I. As rupturas perineaes, quasi sempre, são consecutivas ao parto.

II. Podem ser completas, incompletas e centraes.

III. A operação que visa reconstituir o perineo rôto se denomina perineorrhaphia.

Clinica cirurgica (2.ª CADEIRA)

I. E' variavel a technica da perineorrhaphia consoante se trata de ruptura recente ou antiga.

II. Se a ruptura é recente a operação convem seja executada o mais breve possivel após o parto, aproveitando-se o avivamento natural originado pela ferida.

III. Se é antiga, a primeira parte da interven-

ção consiste em crear por avivamento—superficies cruentadas que se reunirão pela costura.

Obstetricia

I. Todos os elementos constituintes do organismo da mulher soffrem modificações no evoluir da prenhez.

II. Um só desses elementos não escapa á influencia da gestação.

III. O conjuncto dessas modificações constitue os signaes de gravidez.

Clinica obstetrica e gynecologica

I. As lavagens dos orgãos genitaes internos recebem o nome de *injecções*.

II. Na pratica obstetrica é indispensavel a antisepsia destas partes.

III. Estas lavagens extendem-se até o utero ou são limitadas á vagina.

Clinica pediatrica

I. O aleitamento natural é feito pela mulher procreadora.

II. O artificial, quando o leite origina-se de animal de especie differente.

III. O mixto, quando ha concomitancia dessas duas formas.

Clinica ophtalmologica

I. A ophtalmia purulenta dos recem-nascidos é adquirida no acto da parturição.

II. E' commum nos filhos de mulheres que se descuidam da precisa hygiene.

III. Póde ser adquirida na passagem da cabeça pela vagina ou nos pannos envoltores da creança.

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I. *O Treponema pallidum* foi descoberto em 1905 por Schaudinn e Hoffmann.

II. E' o agente especifico da syphilis.

III. A maior parte dos abortos tem a syphilis como causa determinante.

Clinica psychiatrica e de molestias nervosas

I. A eclampsia é uma das complicações da albuminuria nas mulheres gravidas.

II. Póde apparecer antes, durante ou depois do parto.

III. E' mais commum nas primiparas e durante o trabalho do parto.

VISTO

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 30 de Outubro de 1909.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.